

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金  
(介護サービス提供体制確保事業)  
申請マニュアル  
愛知県版

令和6年4月1日版

# 目次

I 総則.....	1
1. 本マニュアルについて.....	1
2. 補助金の目的.....	1
3. 対象事業所.....	1
4. 補助の要件.....	3
5. 対象期間.....	4
6. 対象経費.....	5
7. 補助上限額.....	6
8. 交付申請の方法.....	6
9. 交付申請の受付期間.....	7
10. 交付決定及び補助金の振込.....	7
11. 証拠書類の保管及び提出.....	7
12. 消費税の取扱いについて.....	7
13. その他・留意事項等.....	8
II 各様式の記載方法等について.....	9
1. 交付申請の必要書類について.....	9

2. 交付申請書の記載方法について .....	10
(1)ーア. 共通部分 (様式 1) .....	10
(1)ーイ. 共通部分 (様式 1 - 2) .....	13
(2)ーア. 【感染対策徹底 (自費検査費用を除く)】 .....	16
(2)ーイ. 【感染対策徹底 (自費検査費用)】 .....	17
(2)ーウ. 【代替サービス提供】 .....	18
(2)ーエ. 【施設内療養】 .....	19
(3) 衛生・防護用品内訳表の記載方法 .....	19
(4). 危険手当等内訳表の記載方法 .....	20
(5). 様式 2 の記載方法 .....	21
(6). 様式 3 の記載方法 .....	24
(7). 積算表 (追加補助積算シート) について .....	26
(8)ーア. 様式 4 - 1 の記載方法 .....	26
(8)ーイ. 様式 4 - 2 の記載方法 .....	28
(9). 【居宅サービス切替】 .....	29
(10) 【協力支援】 .....	31
(11). 委任状の記載方法 .....	33

(12). 感染状況報告書の記載方法 .....	33
(13). 按分表の記載方法 .....	36
Ⅲ参考 .....	38
1.領収書等の写しの提出が必要な対象経費と必要な書類について.....	38

# 1 総則

## 1. 本マニュアルについて

このマニュアルは、政令・中核市（名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市）を除く市町村に所在する介護事業所・施設等を対象としたマニュアルです。

政令・中核市に所在する介護事業所・施設は、それぞれの市の定めるところにより、申請を行ってください。

また、「濃厚接触者」の記載について、令和5年5月8日以降は「感染者と接触があった者（感染者と同居している場合に限る）」と読み替えてください。

令和6年度の申請は、令和5年度【第2期】(R5.11.1～R.5.12.28)までに申請できなかった令和5年度に生じたかかりまし経費に係る申請のみが対象です。

「令和4年度、令和6年度」に生じたかかりまし増し費用については申請対象外であるためご注意ください。

## 2. 補助金の目的

この補助金は、新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した等の介護サービス事業所・施設等における緊急時のサービス提供に必要な介護人材の確保に係る費用や、発生後の職場環境の復旧・改善を支援することを目的としています。

そのため、平時の感染防止対策等に係る費用は、本事業の対象外となります。

## 3. 対象事業所

対象となる事業所・施設等は、交付申請時点において、愛知県内に所在する事業所・施設等で次のサービス種別が対象です。

なお、(介護予防) 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む。）については、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅として取扱います。

類型	サービス種別（各介護予防サービス含む。）
通所系	通所介護
	地域密着型通所介護（療養通所介護含む。）
	認知症対応型通所介護
	通所リハビリテーション
	通所型サービス
短期入所系	短期入所生活介護

	短期入所療養介護
訪問系	訪問介護
	訪問入浴介護
	訪問看護
	訪問リハビリテーション
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	夜間対応型訪問介護
	居宅介護支援
	福祉用具貸与
	居宅療養管理指導
	訪問型サービス
	介護予防ケアマネジメント
多機能型	小規模多機能型居宅介護
	看護小規模多機能型居宅介護
施設系	介護老人福祉施設
	地域密着型介護老人福祉施設
	介護老人保健施設
	介護医療院
	介護療養型医療施設
	認知症対応型共同生活介護
	養護老人ホーム
	軽費老人ホーム
	有料老人ホーム
	サービス付き高齢者向け住宅

#### 4. 補助の要件

補助を受けるにあたっては、上記の対象事業所・施設であることに加え、次の要件のいずれかに該当する必要があります。

したがって、次のいずれの区分にも該当しない場合には、補助を受け取ることができません。

区分	要件	対象サービス※1
①	利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（職員に2名以上の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。）	福祉用具貸与を除く、全てのサービス種別
②	濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等（R5.5.8以降は、濃厚接触者を「感染者と接触のあった者（感染者と同居している場合に限る）」に読み替える。）	福祉用具貸与を除く訪問系 短期入所系 施設系
③	県又は政令・中核市から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所（令和5年5月8日以降は補助対象外）	通所系 短期入所系
④	感染の疑いがある者に対して、一定の要件のもと、自費で検査を行った介護施設等（①、②の場合を除く。）	施設系
⑤	施設内療養を行った高齢者施設等（令和5年4月1日～令和5年5月7日までは、病床ひっ迫等により、やむを得ず行った場合）	施設系 短期入所系
⑥	①、③以外の通所系サービス事業所であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所※2（令和5年5月8日以降は休業した場合に限る）	通所系
⑦	①又は③の介護サービス事業所・施設若しくは感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した事業所の利用者の受入れや	全てのサービス種別

	当該事業所・施設に応援職員の派遣を行った事業所・施設等※3	
--	-------------------------------	--

- ※1 多機能型については、以下のとおり扱います。  
 通いサービス……通所系（ただし、上記⑥を除く。）  
 宿泊サービス……短期入所系（ただし、上記⑤を除く。）  
 訪問サービス……訪問系
- ※2 「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱い（第2報）」（令和2年2月24日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室、振興課、老人保健課連名事務連絡）別紙1の2に基づきサービスを提供している必要があります。
- ※3 「自主的に休業」とは、各事業者が定める運営規程の営業日において、営業しなかった日（通所系サービス事業所が※2の訪問によるサービスのみを提供する場合を含む。）が連続して3日以上の場合を指します。

5. 対象期間

対象期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに補助対象事業（経費）の完了※した日までとなります。

（例）8月14日に陽性者が発生し、8月28日にまでに要した経費を9月10日申請する場合。



※完了とは、職員へ割増賃金の支払いや、衛生用品の納品、業者に委託した消毒・清掃等が終了していることをいいます。



## 6. 対象経費

上記対象期間内に発生した以下の経費が対象となります。なお、本事業においては、ここに掲げる経費以外は対象になりませんのでご注意ください。

また、サービス種別と該当する区分に応じて、申請できる内容が異なります。

項目	対象経費	申請可能区分
感染症対策徹底	緊急雇用に係る費用	①、②、③
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	帰宅困難職員の宿泊費	
	連携機関との連携に係る旅費	
	施設・事業所の消毒・清掃費用	
	感染性廃棄物の処理費用	
	感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用	
	一定の要件に該当する自費検査費用	
代替サービスの提供	緊急雇用に係る費用	①、③ ※通所系のみが対象
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	代替場所の確保費用（使用料）	
	ヘルパー同行指導への謝金	
	代替場所や利用者宅への旅費	
	訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用	
	通所できない利用者のためのタブレットのリース費用（通信費除く）	
施設内における療養	感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用	⑤ ※多機能型の宿泊サービス除く

居宅サービス 切替	緊急雇用に係る費用	⑥ ※多機能型の通いサービス除く
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	代替場所の確保費用（使用料）	
	ヘルパー同行指導への謝金	
	代替場所や利用者宅への旅費	
	訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用	
	通所できない利用者のためのタブレットのリース費用（通信費除く）	
協力支援	緊急雇用に係る費用	⑦
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	職員派遣に係る旅費・宿泊費	

## 7. 補助上限額

補助上限額は国実施要綱の別添3をご確認ください。

なお、通所介護及び通所リハビリテーションについては、介護報酬の規模区分に応じて基準単価（補助上限額）が異なります。事前に規模区分を確認の上、申請書を作成してください。

## 8. 交付申請の方法

交付申請の方法は以下のとおりです。

なお、政令・中核市（名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市）に所在する事業所・施設については、申請先がそれぞれ所在する市になりますので、各市が定める方法に従ってください。

### 1. 愛知県福祉局高齢福祉課のホームページ

（<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/korei/r6service-kakuho.html>）から申請書等の様式をダウンロードしてください。

### 2. 「2. 交付申請書の記載方法について」（9ページ）を参考に申請書等を作成してください。

3. 申請書等を記載し終えたら、交付申請の受付期間内に下記まで郵送により提出してください。

提出が必要な書類は、9 ページをご確認ください。

【郵送先】〒460-8501 愛知県福祉局高齢福祉課（住所は記載不要）

※封筒の表面に「介護サービス確保対策事業補助金 申請書」と朱書きしてください。

9. 交付申請の受付期間

令和6年5月1日（水）から令和6年6月17日（月）17：00【郵送必着】

（ただし、政令・中核市に所在する事業所、施設等については、該当政令・中核市が別に定める受付期間とする）

※受付終了の際はホームページにてご案内いたします。

10. 交付決定及び補助金の振込

愛知県が提出された交付申請書等を審査します。審査終了後、申請書により指定された振込口座に補助金を振込みします。補助金の交付決定は、振り込みをもって行いますので、交付決定通知は郵送されませんが、振込に際して案内を発送しますので、内容をご確認ください。

その他、申請書等に不備がある場合、確認が必要な場合には、交付申請書に記載の担当者宛に連絡することがあります。

11. 証拠書類の保管及び提出

本補助金に係る収入及び支出内容に関する証拠書類は、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管してください。

実地指導等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、補助金の返還を求める場合がありますので、不備のないよう証拠書類を保管してください。

また、申請される対象経費によっては、領収書等の写しの提出が必要です。詳細については、38 ページをご確認ください。

12. 消費税の取扱いについて

補助金における消費税額については、法人の確定申告の方法等により、仕入控除税額として、消費税額相当分を返還していただく必要が生じる場合があります。

そのため、交付申請にあたっては、申請担当者と税務担当者とでご相談いただき、消費税分を申請するか決めていただくようお願いいたします。

なお、消費税額を含めて申請したか否かを問わず、仕入控除税額報告書(様式7)を改めて県に提出していただく必要があります。

仕入控除税額報告書の提出については、別にアナウンスいたします。

### 13. その他・留意事項等

- 交付申請後、交付決定前に事業所・施設等を廃止された場合、補助金を受給できません。
- 令和5年度の基準単価（補助上限額）まで申請できます。

## II 各様式の記載方法等について

### 1. 交付申請の必要書類について

交付申請にあたって必要な書類及び記載方法の参照ページは次のとおりです。

なお、**申請する事業所・施設等ごとに作成及び提出が必要です。**

①	愛知県介護サービス確保対策事業費補助金 交付申請書 兼 請求書	様式 1	10～12 ページ
②	【事業所個票】	様式 1 - 2	13～15 ページ
③	対象経費の内訳詳細	-	16～19 ページ、 29～32 ページ
④	領収書の写し等 (※)	-	-

※申請される対象経費によっては、領収書等の写しの提出が必要です。詳細については、38 ページをご確認ください。

○サービス付き高齢者向け住宅の場合には、定員数を確認できるものを添付してください。（例）定員数を記載しているカタログ、ホームページの写し 等

○申請者と異なる口座名義人の口座への振込を希望する場合は、委任状（任意様式）を添付してください。

また、申請する経費によっては、次の書類の提出が必要です。

#### ●感染対策徹底において「衛生・防護用品」や「危険手当」を申請する場合

⑤	衛生・防護用品内訳表	-	19 ページ
⑥	危険手当等内訳表		20 ページ

#### ●一定の要件に該当する自費検査費用を申請する場合

⑦	介護施設等への自費検査費用の助成に係る理由書	様式 2	21～24 ページ
---	------------------------	------	-----------

#### ●感染症対策を行った上での施設内療養に要した費用を申請する場合

⑧	感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用に係る対象者名簿	様式 3	24～25 ページ
⑨	施設内療養に係る追加補助額積算表	-	26 ページ
⑩	感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト (R5.4.1 から R5.5.7 までに行った場合)	様式 4 - 1	26～27 ページ

⑪	感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト (R5.5.8以降に行った場合)	様式4-2	28~29 ページ
---	----------------------------------------------------------	-------	-----------

2. 交付申請書の記載方法について

基本事項として、入力が必要な欄は、水色に着色してある欄のみです。

その他、白塗りの欄については、関数等により自動で入力されますので、記載不要です。

(1) -ア. 共通部分 (様式1)

(様式1)				
<b>愛知県介護サービス確保対策事業費補助金</b> <b>(介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業)</b> <b>交付申請書 兼 請求書</b>				
<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">①</span> 令和 <span style="background-color: lightblue; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></span> 年 <span style="background-color: lightblue; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></span> 月 <span style="background-color: lightblue; width: 20px; height: 15px; display: inline-block;"></span> 日				
愛知県知事 殿				
標記について、様式1-2及び関係欄を添えて以下のとおり申請します。 また申請する補助対象事業については <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">②</span> 令和 年 月 日 までに完了していることを併せて報告します。 なお、振込は、下記振込先情報に記載の口座までお願いします。				
申請者	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">③</span>			
法人所在地	〒 <span style="background-color: lightblue; width: 40px; height: 15px;"></span>	住所	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">④</span>	
代表者職名	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑤</span>		代表者氏名	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑥</span>
担当者氏名	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑦</span>			
担当者連絡先	電話番号	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑧</span>	メールアドレス	<span style="background-color: lightblue; width: 100%; height: 15px;"></span> <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑨</span>

①交付申請及び実績報告年月日

プルダウン式になっておりますので、プルダウンより選択し記載してください。

※半角数字であれば直接入力いただけます。

②完了年月日

対象経費の内訳詳細等から最終の事業完了日が自動で反映されますので、入力不要です。

③申請者

法人の名称を記載してください。

法人格を有していない場合には、屋号（事業所名称）を記載してください。

※法人格を有しているにも関わらず、事業所名称・施設名称を記載いただくと、差替え頂くこととなりますのでご注意ください。

④法人所在地

法人の所在地を記載してください。(事業所所在地ではありません。)

なお、③欄に屋号を記載した場合は、屋号の住所を記載してください。

⑤代表者職名

法人代表者の職名を記載してください。(例) 代表取締役、理事長、代表社員等

③欄に、屋号を記載いただいた場合には、代表又は管理者と記載してください。

⑥代表者氏名

法人代表者の氏名をフルネームで記載してください。

③欄において、屋号を記載いただいた場合には、代表者等の氏名を記載してください。

⑦担当者氏名

この補助金の申請担当者の氏名を記載してください。

⑧電話番号

申請担当者に日中つながる電話番号を記載してください。

⑨メールアドレス

申請担当者とやりとりが可能なメールアドレスを記載してください。

※誤って記載された場合、必要な連絡ができず交付に支障が出ますので、今一度ご確認の上、誤りのないよう記載してください。

○ 補助対象事業所及び実施事業				
事業所番号		事業所所在市町村		定員数
事業所の名称				
サービス種別			⑩	
実施事業種別				
その他該当する実施した事業種別				

⑩補助対象事業所及び実施事業

この欄は、個表(様式1-2)を記載すると自動反映されますので入力不要です。

	交付申請(請求)額	⑪	
--	-----------	---	--

⑪交付申請(請求)額

今回申請の合計額が表示されます。

	金融機関コード						
	支店番号						
振込	金融機関名						
	店名						
先	※お手数ですが、本県のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。						
情報	預金種類		1. 普通	2. 当座	(数字を記入してください。)		
	口座番号						
	(フリガナ)						
	口座名義人						

## ⑫振込先情報

本補助金の振込先の口座の情報を入力してください。**内容が誤っている場合、振込みできませんので、通帳等を確認し、誤りのないよう入力してください。**

また、申請者と異なる口座名義人の口座への振込を希望する場合には、別に委任状の提出が必要となります。委任状の記載方法については33ページをご確認ください。

なお、記載にあたっては次の点に注意してください。

- 金融機関コードおよび支店番号は、必ず金融機関名、店名と一致するようにしてください。
- 預金種別は必ず記載してください。
- 口座番号は、必ず7ケタで記載してください。6ケタ以下の場合は、頭に0を入力し、7ケタとなるようにしてください。
- 口座名義人のフリガナは、半角カタカナで入力してください。
- 口座名義人は、必ず金融機関に登録された名義を記載してください。

※「ガ ンガ イャ ダ 化 ヨ ト リ マ リ ャク」のように法人名が漏れないようご注意ください。



(1)－イ. 共通部分 (様式1－2)

(様式1－2)			
【事業所個票】			
事業所番号	①	事業所所在市町村	②
事業所の名称	④		
サービス種別	⑤		
実施事業種別	⑥		
その他該当する実施事業種別	⑦		
※「実施事業種別」は以下から選択すること。			
①	利用者又は職員に新型コロナウイルス感染者が発生した施設・事業所等 (職員に複数の濃厚接触者※3が発生し、職員が不足した場合を含む)		
②	濃厚接触者※3に対応した訪問系事業所、短期入所系事業所、介護施設等		
③	県から休業要請を受けた通所系事業所、短期入所系事業所 (※令和5年5月8日以降は補助対象外)		
④	感染の疑いがある者に対して一定の要件のもと、自費で検査を実施した介護施設等 (①, ②の場合を除く。)		
⑤	施設内療養を行った高齢者施設等		
⑥	①, ③以外の通所系事業所であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所 (※令和5年5月8日以降は、休業した場合に限る。)		
⑦	感染者が発生した介護サービス事業所・施設等の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行った事業所・施設等		

①事業所番号

23で始まる事業所番号を入力してください。

なお、申請する事業所が養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のいずれかである場合には入力不要です。

※10ケタの入力制限をしています。

②事業所所在市町村

申請する事業所・施設の所在市町村を記載してください。

③定員数

申請するサービス種別が施設系サービスの場合には、定員数を記載してください。

※申請時点において現に届け出ている(又は許可を受けている)定員数を記載してください。

④事業所の名称

申請する事業所・施設の名称を記載してください。

※現に行政に届け出ている(又は許可を受けている)名称を記載してください。

⑤サービス種別

プルダウンにより選択してください。

※ 通所介護、通所リハビリテーションについては規模区分により選択肢が異なりますので、必ず算定している規模区分を確認の上、選択してください。

※ 介護予防サービスのみ、実施している場合には、その介護サービスを選択してください。

(例) 介護予防支援 → 居宅介護支援

※ 通所型サービス、訪問型サービス、介護予防ケアマネジメントのいずれかと介護サービスの指定を併せて受けている場合には、それぞれ介護サービスを選択してください。

(例1) 訪問介護と訪問型サービス → 訪問介護を選択

(例2) 地域密着型通所介護と通所型サービス → 地域密着型通所介護を選択

### ⑥実施事業種別

プルダウンにより、該当する種別を選択してください。

### ⑦その他該当する事業種別

⑥欄において、実施事業種別「①」～「④」又は「⑥」のいずれかを選択した場合であって、実施事業種別「⑤」又は「⑦」、若しくは「⑤」と「⑦」の両方を実施し、それに係る経費を申請する場合には、その該当する区分を選択してください。

※選択肢は、「⑤」、「⑦」、「⑤、⑦」を設けています(短期入所系、施設系以外は「⑦」のみ)。

○令和5年度における実施事業毎の補助対象経費等内訳					
事業実施区分	対象経費	小計	基準単価	既交付決定済額	申請(請求)額
感染対策徹底 (自費検査費用を除く)	0円				
感染対策徹底 (自費検査費用) ※1	対象外	0円			0円
代替サービス提供	⑧ 対象外	⑨	⑫	⑬	⑭
施設内療養 ※2	対象外	対象外			対象外
居宅サービス切替	対象外	⑩ 0円		0円	0円
協力支援	対象外	⑪ 0円		0円	0円
				令和5年度 合計	0円

※1 実施要綱3(1)イ「一定の要件に該当する自費検査費用」を計上している場合、併せて(様式2)を提出すること。  
 ※2 実施要綱3(1)イ「感染症対策を行った上での施設内療養に要する費用」を計上している場合、併せて①(様式3)、②積算表、③(様式4-1)又は(様式4-2)の①～③を提出すること。  
 ※3 「濃厚接触者」について、令和5年5月8日以降は「感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る)」と読み替える。

### ⑧対象経費

事業実施区分ごとに経費の合計額が表示されます。

### ⑨～⑪小計

⑨欄については、「感染対策徹底」、「代替サービス提供」の合計が自動で表示されます。「施設内療養」は別に表示されます。

⑩欄、⑪欄については、それぞれ「居宅サービス切替」、「協力支援」の対象経費が自動で表示されます。

⑫基準単価

個表（様式1-2）においてサービス種別を選択すると、サービス種別に応じて自動で表示されます。

⑬既交付決定額

申請する年度について、申請時までには本事業で補助金が支払われたことがある場合は、その金額を入力してください。支払われたことがない場合は、「0」を入力してください。

⑭申請（請求）額

各小計と基準単価から既交付決定額を引いた額を比較し、少ない方の額が自動で反映されます。

なお、この際に千円未満の端数が生じている場合には切り捨てされます。

(2) -ア. 【感染対策徹底（自費検査費用を除く）】

【感染対策徹底（自費検査費用を除く）】（⑥の場合は記入しないでください）  
 (ケ「感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用」についての内訳は、別紙「衛生・防護用品内訳表」に記載して下さい。衛生・防護用品以外の内訳は、本シートに記載して下さい。)

用途	金額（円）	年度	内容・積算
ケ	0円	令和5年度	ケ「衛生・防護用品」の内訳は、別シート「衛生・防護用品内訳表」に記載してください。金額が自動転記されます。
イ	0円	令和5年度	イ「割増賃金・手当」のうち危険手当の内訳は、別シート「危険手当等内訳表」に記載してください。金額が自動転記されます。
①	②	③	④
計	⑤		うち令和5年度分
			事業完了日
			金額
			⑥
			0
			⑦ 円

記号	摘要	【記載例】内容・積算
ア	緊急雇用に係る費用	感染職員の代替。2名＊時給1,000円＊8時間＊10日間。社会保険等を含む。
イ	割増賃金・手当	感染利用者発生への対応。職員3名、計60時間分の時間外手当。
ウ	職業紹介料	感染職員の代替（1名）を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介（株）へ支払い。
エ	損害賠償保険の加入費用	新たに緊急雇用した職員（1名）について介護業務に携わる際の損害賠償保険（●●損害保険（株））に加入。
オ	帰宅困難職員の宿泊費	感染利用者への対応を行った職員1名（〇〇〇〇）について、当該職員の自宅家族への感染予防のための宿泊費。11/11～22宿泊分
カ	連携機関との連携に係る旅費	応援職員の受け入れ調整に要した職員の交通費。（10/11,13実施分）
キ	施設・事業所の消毒・清掃費用	感染利用者が発生したことによる事業所全館消毒（クリーン□□（株）に依頼）
ク	感染症廃棄物の処理費用	感染者に接する際に使用の防護服等の廃棄料（20kg）
ケ	感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用	緊急購入のマスク（50枚/箱＊1100円＊5箱）、防護服（1000円/着＊100着）、手指消毒液 880円/本＊10本

- ①用途  
 対象経費をプルダウンにより選択してください。(対象外の場合には、選択頂くことができません。)
- 【ケ「感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用」については、別シート「衛生・防護用品内訳表」へ記載して下さい。記載方法の詳細は、21 ページを参照してください。
- 【イ「割増賃金・手当」のうち令和5年10月1日以降に支給された危険手当】については、別シート「危険手当等内訳表」へ記載して下さい。記載方法の詳細は、22 ページを参照してください。
- ②金額（円）  
 ①欄で選択した経費の金額を入力してください。

③年度

①欄で選択した経費の該当年度をプルダウンにより選択してください。

④内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

⑤計

②欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。また、実施事業種別で「⑥」もしくは「⑦」を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

⑥事業完了日

該当年度の**最終の事業完了日**を入力してください。

(例：マスクの納品日が令和5年8月10日、割増賃金の支払いが令和5年8月20日の場合は、「令和5年8月20日」を入力)

⑦金額

②で選択した年度の合計額が自動で表示されます。

(2) - イ. 【感染対策徹底（自費検査費用）】

【感染症対策徹底（自費検査費用）】（様式2を作成の上、本紙と併せて提出すること。）										
令和5年度分	①	職員	0名	入所者	0名	合計	0名	合計金額	②	対象外円

① 自費検査を行った人数について

様式2の内容が自動で表示されます。様式2の記載方法の詳細は、21ページを参照してください。

② 合計金額

様式2の内容が自動で表示されます。様式2の記載方法の詳細は、21ページを参照してください。

(2)ーウ. 【代替サービス提供】

【代替サービス提供】 (⑥又は⑦の場合は記入しないでください)				
代替場所でのサービス提供期間		(開始) 令和 年 月 日 ~ (終了) 令和 年 月 日		
代替サービスの提供場所 (施設・建物名)		①		
代替サービスの提供場所 (住所)		①		
用途	金額 (円)	年度	内容・積算	
②	③	④	⑤	
計	⑥		うち令和5年度分	事業完了日 ⑦ 金額 ⑧ 円
記号	摘要		【記載例】内容・積算	
ア	緊急雇用に係る費用		代替サービス実施要員。2名*時給1,000円*8時間*40日。社会保険等を含む。	
イ	割増賃金・手当		代替場所確保及びその他調整。職員3名、計20時間分の時間外手当。	
ウ	職業紹介料		代替サービス実施要員(1名)を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介(株)へ支払い。	
エ	損害賠償保険の加入費用		新たに緊急雇用した職員(1名)について介護業務に携わる際の損害賠償保険(●●損害保険(株))に加入。	
オ	代替場所の確保費用(使用料)		○○公民館2階研修室の会場使用料。1,000円*10日間	
カ	訪問介護による同行指導への謝金		代替サービス実施にあたっての、□□ヘルパーステーションから派遣指導(11/20)	
キ	代替場所や利用者宅への旅費		代替サービス要員の通勤旅費、代替サービス場所と利用者宅との送迎に係る燃料費。	
ク	訪問サービスの提供に必要な車や自転車のリース費用		代替サービス実施場所に通所できない利用者(3名)の居宅訪問による相談援助のための自動車リース。(11/22~11/27。2台。述べ10日間分)	
ケ	通所できない利用者の安否確認のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)		利用者3名の安否確認のためのタブレット3台リース料。(1,500円/月*3台*2か月)	

①代替サービス提供に関する情報

代替サービスの提供を行った期間、提供場所の名所及び住所を記載してください。

②用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

なお、代替サービスを提供していた期間に要した経費が対象となりますのでご注意ください。

③金額(円)

②欄で選択した経費の金額を記載してください。

④年度

②欄で選択した経費の該当年度をプルダウンにより選択してください。

⑤内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

⑥計

③欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

通所系、かつ、実施事業種別が「①」もしくは「③」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

⑦事業完了日

該当年度の**最終の事業完了日**を入力してください。令和5年4月1日から令和6年3月31日まで、日付けを入力してください。

⑧金額

③で選択した年度の合計額が自動で表示されます。

通所系、かつ、実施事業種別が「①」もしくは「③」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

(2) - エ. 【施設内療養】

**【施設内療養】**  
 ①(様式3)、②積算表、③(様式4-1)又は(様式4-2) のとおり。  
 ※③について、施設内療養を、R5.4.1～R5.5.7に行った場合は(様式4-1)、R5.5.8～に行った場合は(様式4-2)を提出すること。

**【施設内療養】** について、個表の記載は不要です。

3 (様式3)、②積算表、③(様式4-1)又は(様式4-2)を作成してください。

(3) 衛生・防護用品内訳表の記載方法

衛生・防護用品内訳表											
本表は、対象経費内訳詳細の【感染対策徹底(自費検査費用を除く)】に係る費用のうち、「ケ:衛生・防護用品」の内訳を入力するものです。											
※「水色セル」へのみ入力して下さい。											
				衛生・防護用品 購入額合計	0円		令和5年度	⑦	0円		
用途	発注日	年度	購入用品名	単価	(円)	個数	単位	小計	(円)	備考	
(記載例)	R5.6.1	令和5年度	N95マスク(100枚入)	4,500	円	×	10	箱	= 45,000	円	
(記載例)	R5.7.29	令和5年度	消毒液(2リットル入)	2,250	円	×	2	本	= 4,500	円	
ケ	①	②	③	④	円	×	⑤	⑥	= 0	円	
ケ					円	×			= 0	円	
ケ					円	×			= 0	円	

①発注日

購入用品の発注日を記載してください。

②年度

購入用品の該当年度(事業完了日(納入日等)の属する年度)を選択してください。

③購入用品名

購入用品の名称を記載してください。(○枚入、○着入、○本入 等まで記載してください。)

④単価 (円)

③欄で記載した購入用品の「単価」を記載してください。

⑤個数

③欄で記載した購入用品の「個数」を記載してください。

⑥単位

③欄で記載した購入用品の「単位」を記載してください。(例：個、箱、本)

⑦合計

入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

(4). 危険手当等内訳表の記載方法

令和5年10月1日以降に支給された危険手当等を申請する場合に、本表の提出が必要となります。ただし、10月以降に支給された手当であっても、9月以前の労務に対して支払われていることが明確に示せる場合には、上限設定の対象から除き、実費分の補助が可能です。この場合、本表の提出は不要ですが、9月以前の労務に対する支払いであることを示す書類の提出が必要です。

危険手当等内訳表

令和5年10月1日以降に支給された危険手当等を申請する場合に、本表の提出が必要となります。

ただし、10月以降に支給された手当であっても、9月以前の労務に対して支払われていることが明確に示せる場合には、上限設定の対象から除き、実費分の補助が可能です。この場合、本表の提出は不要ですが、9月以前の労務に対する支払いであることを示す書類の提出が必要です。

令和5年10月1日以降に支給された「新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当(危険手当等)」について、職員1人につき、日額による支給の場合には1日あたり4千円を補助上限とし、1月あたり2万円を限度額とします。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を補助上限の限度額とします。

(限度額について、対応した期間に属する月数に2万円を乗じた金額が限度額となります。例えば、10/15~11/10までに対応した場合、4万円(2万円×2ヵ月)が限度額となります。)

対応(勤務)月が複数月にまたがる場合、月ごとに行を分けてください。

※本表へ支給情報を入力することで、補助対象額が自動で算出されます。

No.	職員名	対応(勤務)月	支給形態 (日額or月額or時給)	単価(円)	勤務数 (日数or月数or時間数)	支給額(円)	限度額(円) (1月あたり2万円)	補助対象額(円) (上限及び限度額調整後)
例	愛知 太郎	10月	日額	2,000	4	8,000	20,000	8,000
例	愛知 太郎	11月	日額	2,000	11	22,000	20,000	20,000
例	愛知 花子	11月	日額	1,000	9	9,000	20,000	9,000
1								
2								
3								
4								
5	①	②	③	④	⑤			
6								
7								
8								
9								
10								

※「給与規定等の支給内容を定めたもの」及び「給与明細等の支給内容の分かるもの」の提出を求める場合があります。

交付申請額 0 円

①職員名

職員名を記載してください。

②対象(勤務)月



月を選択してください。※勤務月が複数月にまたがる場合、月ごとに行を分けてください（この場合、同じ職員名で複数の行となります。）

③支給形態

支給形態を選択してください。

④単価（円）

日額の場合1日あたり、月額の場合1月あたり、時給の場合1時間あたりの単価を記載して下さい。

④ 勤務数

日額の場合は日数、月額の場合は月数（=1月）、時給の場合は時間数を記載して下さい。

(5). 様式2の記載方法

様式2は、【自費検査費用】の申請を行う場合に、様式1、様式1-2、対象経費内訳詳細に併せて提出が必要です。

以下、その記載の方法について説明しています。

(様式2)

**介護施設等への自費検査費用の助成に係る  
理 由 書**

愛知県知事 殿

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金交付申請書（介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業）（様式1）及び事業所個票(様式1-2)において計上しました自費検査費用の詳細については、本書のとおりです。

申請者			
法人所在地			
代表者職名	氏名	①	
サービス種別	対象外		

①申請者の情報

様式1及び様式1-2に入力した情報が自動で反映されます。

なお、対象外のサービス種別である場合には、「サービス種別」に「対象外」と表示され、申請いただくことができません。

○ 事業所の所在地を所管する保健所名、担当課名、連絡先					
保健所名	②	担当課名	③	連絡先 (電話番)	④
○ 受診・相談センター等に依頼し、検査対象外と判断された場合、当該センター等の名称、担当者、連絡先（複数記入可）					
機関①		担当者		連絡先 (電話番)	
機関②	⑤	担当者	⑥	連絡先 (電話番)	⑦
機関③		担当者		連絡先 (電話番)	

②～④所管保健所の情報

施設を所管する保健所の名称、担当課、連絡先を記載してください。

⑤～⑦検査機関の情報

保健所以外に行政検査を依頼したが、対象外と判断された場合に、その機関、担当者、連絡先を記載してください。

保健所以外に行政検査を依頼していない場合には記載不要です。

○ 様式1において申請する自費検査費用は次のア～エのいずれにも該当することを誓約します。
【R5.4.1～R5.5.7に生じた費用の場合】
ア 以下のいずれかに該当する検査であること
①濃厚接触者と同居する職員に対して行った検査
②発熱等の症状を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員に対して行った検査
③施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所等の判断では行政検査の対象とならなかった者に対して行った検査
イ 保健所等に行政検査として検査を依頼したが対象にならないと判断されたものであること
ウ 施設等において感染者が確認された後に行った検査でないこと
エ 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設等であること
【R5.5.8～に生じた費用の場合】
ア 以下のいずれかに該当する検査であること
①感染者と同居する職員に対して行った検査
②面会後に面会に来た家族が感染者であることが判明した入所者に対して行った検査
③施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所等の判断では行政検査の対象とならなかった者に対して行った検査
イ 保健所等に行政検査として検査を依頼したが対象にならないと判断されたものであること。
ウ 施設等において感染者が確認され、行政検査として扱われる検査でないこと
エ 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設等であること

⑧「R5.4.1～R5.5.7に生じた費用の場合」「R5.5.8～に生じた費用の場合」のそれぞれの場合において、**補助要件として、ア～エのすべてに該当する必要があります。**

○ 検査を要する原因の発生した経緯及び行政検査の対象とならなかった理由

経緯・理由（詳細に記載してください。情報に不足がある場合、加筆等を依頼する場合があります。）

9

⑨検査を要する原因の発生した経緯と行政検査の対象とならなかった理由

どのような経緯・理由で、検査が必要になったのか、また、なぜ行政検査の対象とならなかったのか、行政検査の依頼日やその理由を具体的に入力してください。

○ 検査実施者一覧					
関係種別	検査対象者氏名	検査実施日	対象外とされた個別具体的な理由	所要額	補助対象額
職員	愛知 ○○	令和5年5月31日	同居家族が濃厚接触者に認定されたが、本人は濃厚接触者に該当せず検査対象外と判断されたため。	21,000円	20,000円
⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮
令和5年度分			職 ⑯ 0 名	入所者 0 名	合計 0 名
				合計金額 ⑰ 対象外 円	
				令和5年度合計金額	対象外 円

⑩利用者、職員の選択

⑪欄に記載する方の利用者・職員の別を、プルダウンより選択してください。

⑪氏名の入力

自費検査を行った利用者又は職員の氏名を記載してください。

⑫検査実施日

自費検査を行った利用者又は職員の検査実施日を記載してください。

⑬理由の入力

⑪欄に入力した利用者又は職員が行政検査の対象とならず、自費で検査をする事になった理由を具体的に記載してください。

⑭所要額の入力

検査に要した費用を入力してください。

⑮対象費用の算出

⑭欄に入力した額と2万円とを比較し、少ない方の額が自動で表示されます。

⑯職員、入所者の人数

自費検査を行った利用者や職員の人数が年度ごとに自動で表示されます。

⑰合計金額

年度ごとに⑮で算出した額の合計が自動で表示されます。

なお、選択されているサービス種別が【施設内療養】の対象外サービスである場合、「対象外」と表示されます。

(6). 様式3の記載方法

様式3は、【施設内療養】の申請を行う場合に、「施設内療養に係る追加補助額積算表（以下、「積算表」といいます。）」及び「(様式4-1)又は(様式4-2)」と併せて提出が必要です。

以下、その記載方法について説明しています。

【注意】令和5年5月8日以降の「感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用」に係る補助については、令和5年4月に実施した、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について（令和5年3月17日付け厚生労働省事務連絡）」に基づく調査において、調査票を提出し、すべての要件を満たしていた事業所・施設のみ対象となります。

**感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用に係る対象者名簿**

愛知県知事 殿

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金交付申請書（介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業）（様式1）において、計上しました施設内療養を行った方の詳細については、本書のとおりです。

申請者				算定対象日数 (A)	令和5年度分		②	日
法人所在地				0				
代表者職名	氏名	①		追加補助額 (B)				
事業所名称				対象年度	算定追加補助額 (①)	補助上限額 (②)	施設内追加補助額 (③)	追加補助額 (①又は②-③)
サービス種別				令和5年度分	0円	0円	③	円
				交付申請（請求）額				
				令和5年度分	合計		④	円

①申請者の情報

様式1の情報が自動で表示されますので、記載不要です。

②算定対象日数

施設内療養者名簿の利用者ごとの算定対象日数の合計が年度ごとに自動で算出されます。

③追加補助額

追加補助の対象日数の合計が年度ごとに自動で算出されます。

④交付申請（請求）額

算定対象日数に1万円（又は5千円）を乗じた額と追加補助額の和が自動で算出されます。

なお、選択されているサービス種別が【施設内療養】の対象外サービスである場合、「対象外」と表示されます。

また、この欄の金額が様式1-2の対象経費の欄（14ページ、⑧欄）に反映されます。

【施設内療養者名簿】 *記載箇所を正しく記載されていない場合は、施設内療養の計上が正しくされません。										
No.	氏名 <small>※カタカナで記載すること</small>	生年月日	検体採取日	症状 有無	発症日 <small>(無症状の場合は記載不要)</small>	施設内療養者基本期間	施設内療養を行った期間	療養 日数	算定対象日数	
									R5年度分	計
1	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
2						~	~			
3						~	~			

⑤氏名

施設内で療養した入所者の氏名をカタカナで記載してください。

⑥生年月日

⑤欄に記載した方の生年月日を記載してください。

⑦検体採取日

当該施設内療養者について、陽性確定に係る検体採取日を記載してください。

⑧症状有無

当該施設内療養者について、症状の有無をプルダウンより選択してください。

⑨発症日

有症状者について、その発症日を記載してください。

⑩施設内療養者基本期間

⑦の検体採取日又は⑨の発症日から自動で期間を算出して表示します。

⑪施設内療養を行った期間

施設内で療養を開始した日及び終了日を記載してください。

2023/08/30のように記載していただくと、自動で「R5.8.30」と表示されます。

⑫療養日数

⑪に記載の期間の日数について、自動で表示されます。

⑬算定対象日数

⑩の施設内療養者基本期間及び⑪の施設内療養を行った期間から算定の対象となる日数が自動で算出されます。

(7). 積算表（追加補助積算シート）について

施設内療養に係る追加補助額 積算表			
(積算内容)	(積算内容)		
定員	0	人	{ 基準となる人数 0 人 (～R5.9.30) 基準となる人数 0 人 (～R5.10.1)
	追加補助限度額(A)	既交付追加補助額計 (B)	調整後追加補助限度額 (①; A-B)
令和5年度	0 円	① 円	0 円

① 過去に施設内療養で追加補助を受けたことがある場合に、その金額を記載してください。**※記載忘れのないよう注意してください。**

その他については、様式3の情報が自動で反映されるため、記載不要です。「様式3」及び「様式4-1又は様式4-2」と併せて提出してください。

(8)ーア. 様式4-1の記載方法

様式4-1は、「R5.4.1～R5.5.7」に行った【施設内療養】の申請を行う場合に、様式3と積算表と併せて提出が必要です。

以下、その記載方法について説明しています。

(様式4-1)

※本様式は、R5.4.1～R5.5.7に施設内療養を行った場合に提出すること

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がある場合はまとめて記載することも可能)

①

①施設内療養することとなった経緯

施設内療養することとなった経緯について、具体的にご記載ください。



(8)ーイ. 様式4-2の記載方法

様式4-2は、「R5.5.8～」に行った【施設内療養】の申請を行う場合に、様式3と積算表と併せて提出が必要です。

以下、その記載方法について説明しています。

(様式4-2)

※本様式は、R5.5.8～に施設内療養を行った場合に提出すること

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

1 チェックリスト

確認項目	
<input type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input type="checkbox"/>	ゾーニング（区域をわける）を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング（隔離）を実施した。
<input type="checkbox"/>	担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
<input type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローを確認した。
<input type="checkbox"/>	常時（夜間、深夜、早朝を含む。）、1人以上の職員を配置した。

※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

①チェックリスト

施設内の療養に要した費用について、要件を確認し、該当するものすべてにチェックをしてください。

なお、【施設内療養】の要件として、すべての要件に該当する必要があります。

2 調査票の提出

<input type="checkbox"/>	令和5年4月実施の「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について(令和5年3月17日付け厚生労働省事務連絡)」に基づく調査において、調査票を提出し、すべての要件を満たしていた。
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※調査票について、補助申請に伴い疑義照会をする場合がある。また、確認の結果、要件を満たしていなかったことが判明した場合は、補助対象外となる。

②調査票の提出

令和5年5月8日以降の施設内療養に要する費用の申請については、「事前に調査票を提出し、すべての要件を満たしていた」ことが要件の1つとなっております。

「事前に提出したこと」、「すべての要件を満たしていたこと」を確認し、チェックをしてください。



その他

③

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 事業所名 ④  
 代表者 職名 氏名

③その他

備考等があれば記載してください。

④誓約

様式1の情報が自動的に反映されるため、入力不要です。

(9). 【居宅サービス切替】

【居宅サービス切替】 (⑥の場合)					
居宅サービス切替でのサービス提供期間		(開始) 令和 年 月 日 ~ (終了) 令和 年 月 日			
居宅サービスに切り替えた利用者氏名		<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">①</span>			
用途	金額 (円)	年度	内容・積算		
<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">②</span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">③</span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">④</span>	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑤</span>		
計	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑥</span> 外		うち令和5年度分	事業完了日 金額	<span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑦</span> 対象外 <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑧</span> 円
記号	摘要	【記載例】内容・積算			
ア	緊急雇用に係る費用	居宅サービス実施要員。2名*時給1,000円*8時間*14日。社会保険等を含む。			
イ	割増賃金・手当	居宅訪問先との調整。職員3名、計20時間分の時間外手当。			
ウ	職業紹介料	居宅サービス実施要員(1名)を雇用する際に要した費用。☆☆材紹介(株)へ支払い。			
エ	損害賠償保険の加入費用	新たに緊急雇用した職員(1名)について介護業務に携わる際の損害賠償保険(●●損害保険(株))に加入。			
オ	代替場所の確保費用(使用料)	○○公民館2階研修室の会場使用料。1,000円*10日間			
カ	訪問介護による同行指導への謝金	代替サービス実施にあたっての、□□介護サービスから派遣指導(11/20)			
キ	代替場所や利用者宅への旅費	代替サービス要員の通勤旅費、代替サービス場所と利用者宅との送迎に係る燃料費。			
ク	訪問サービスの提供に必要な車や自転車のリース費用	代替サービス実施場所に通所できない利用者(3名)の居宅訪問による相談援助のための自動車リース。(11/22~11/27。2台。述べ10日間分)			
ケ	通所できない利用者の安否確認のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)	利用者3名の安否確認のためのタブレット3台リース料。(1,500円/月*3台*2か月)			

①通所系サービスが居宅でのサービスに切り替えた際の情報

居宅サービスに切り替えた期間及び利用者の氏名を記載してください。

②用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

なお、居宅でのサービス提供に切り替えていた期間に要した経費が対象となりますのでご注意ください。

③金額（円）

②欄で選択した経費の金額を記載してください。

④年度

②欄で選択した経費の該当年度をプルダウンにより選択してください。

⑤内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

⑥計

③欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

また実施事業種別が「⑥」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されません。

⑦事業完了日

該当年度の最終の事業完了日を入力してください。令和5年4月1日から令和6年3月31日までの、日付けを入力してください。

⑧金額

③で選択した年度の合計額が自動で表示されます。

また実施事業種別が「⑥」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

(10) 【協力支援】

【協力支援】 (⑦の場合)			
○協力支援対象事業所情報 (応援先、受入元の事業所等の情報を記載してください。)			
事業所番号	①	事業所の名称	②
協力支援内容	③		
協力期間	④	~	
※「協力支援内容」は以下から選択すること。			
①	協力支援対象である事業所から利用者を受け入れ		
②	協力支援対象である事業所への職員の応援派遣		
③	①及び②いずれも実施 (利用者受け入れ及び職員派遣)		

①事業所番号

応援派遣先、又は利用者の受入元の事業所・施設の事業所番号を記載してください。

なお、応援派遣先又は利用者受入元が養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅のいずれかである場合には、記載不要です。

※10ケタの入力制限がされています。

②事業所等の名称

応援派遣先、又は利用者の受入元の事業所・施設の名称を記載してください。

※現に行政に届け出ている (又は許可を受けている) 名称を記載してください。

③協力支援内容

協力の内容をプルダウンから選択してください。

④協力期間

協力した期間を記載してください。

○支出内訳			
用途	金額 (円)	年度	内容・積算
⑤	⑥	⑦	⑧
計	⑨		うち令和5年度分 事業完了日 ⑩ 金額 ⑪ 円 対象外
記号	摘要	【記載例】内容・積算	
ア	緊急雇用に係る費用	派遣職員の代替。1名*時給1,000円*8時間*14日。	
イ	割増賃金・手当	派遣調整への対応。職員3名、計10時間分の時間外手当。	
ウ	職業紹介料	派遣職員の代替(1名)を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介(株)へ支払い。	
エ	旅費	派遣職員〇〇の派遣先への旅費(670円*2回(行き及び帰り))	
オ	宿泊費	派遣職員〇〇の派遣中の宿泊費(3,000円*10日)	
カ	損害賠償保険の加入費用	新たに緊急雇用した職員(1名)について介護業務に携わる際の損害賠償保険(●●損害保険(株))に加入。	

### ⑤用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

### ⑥金額 (円)

⑤欄で選択した経費の金額を記載してください。

### ⑦年度

⑤欄で選択した経費の該当年度をプルダウンにより選択してください。

### ⑧内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

### ⑨計

⑥欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

### ⑩事業完了日

該当年度の**最終の事業完了日**を入力してください。令和5年4月1日から令和6年3月31日までの、日付けを入力してください。

### ⑪金額

⑥で選択した年度の合計額が自動で表示されます。

### (1 1). 委任状の記載方法

本補助金の振込先の口座名義が申請者と異なる場合、本補助金の受領について、委任行為が必要です。受領の委任がなされていることを確認する必要があるため、以下にならって委任状を記載し、申請書等と併せて提出してください。

令和 年 月 日
①
愛知県介護サービス確保対策事業費補助金に係る代理受領委任状

#### ①委任日

委任日を記載してください。※遅くとも申請日までには委任している必要があります。

(委任者)	
所在地	②
法人名	
代表者 (職名)	
(氏名)	
上記の権限を受けることを承諾します。	
(受任者)	
住所	③
氏名	

#### ②委任者

委任者（補助金の申請者）の情報は、交付申請書（様式1）の情報が自動的に反映されるため、入力不要です。

#### ③受任者

受任者（補助金の振込先）の住所・氏名を記載してください。

例)「社会福祉法人〇〇 特別養護老人ホーム〇〇 施設長 愛知太郎」

### (1 2). 感染状況報告書の記載方法

**本補助金を申請する場合、必ず提出が必要です。**事業所・施設ごとに作成し提出をしてください。


令和 0 年 0 月 0 日													
愛知県福祉局高齢福祉課長 様													
										(法人名)			
										(代表者職名)		②	
										(代表者氏名)			
愛知県介護サービス確保対策事業費補助金の申請にあたり、下記のとおり新型コロナウイルス感染症の陽性者が発生したことを報告します。													
記													
1 今回報告事業所・施設													
事業所番号		③											
サービス種別													
事業所名称													
申請する事業所との関係：				同一の事業所				・		④		併設の事業所	

①～③申請法人・事業所情報

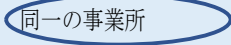
様式1の情報が自動的に反映されるため、入力不要です。

④申請する事業所との関係

発生施設が、申請する事業所と同一の場合には「同一の事業所」、併設の事業所の場合には「併設の事業所」を選択してください。

※右側に  がありますので、いずれかを囲むようにドラッグし選択して下さい。

【選択例】

1 今回報告事業所・施設											
事業所番号											
サービス種別											
事業所名称											
申請する事業所との関係：				 同一の事業所				・		併設の事業所	

2 陽性等発生状況					
発症日※1	陽性判明日	陽性者数		左記陽性者（利用者・入所者）のうち、対象者名簿（様式3）に掲載する方の氏名（カナで入力すること）※2	備考※3
		利用者 入所者	職員		
⑤	⑥		⑦	⑧	
合計		0人	0人		

※1 陽性判明日が同じでも、発症日が異なる場合は行を分けて記載すること。

※2 療養者名簿に記載する方の名前のみ記載すること。

※3 ①陽性者が発生しておらず、職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合や②訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等で濃厚接触者に対応した場合で申請する場合は、濃厚接触者の情報を記載すること。

※「濃厚接触者」について、令和5年5月8日以降は「感染者と接触があった者（感染者と同居している場合に限る）」と読み替える。

#### ⑤発症日

発症日を記載してください。

※陽性判明日が同じでも、発症日が異なる場合は行を分けて記載してください。

#### ⑥陽性判明日

陽性判明日を記載してください。

#### ⑦陽性者数

「利用者・入所者」、「職員」それぞれの人数を記載してください。

#### ⑧左記陽性者のうち、対象者名簿（様式3）に掲載する方の氏名

「感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用」を申請する場合、**様式3**に記載する施設内療養対象者の氏名を本欄へカタカナで記載してください。

(13) 按分表の記載方法

「①衛生用品等購入費について、法人で一括購入し、併設する事業所間等で配分して使用」や「②割増賃金等について、併設する事業所間で職員が兼務」している場合等に、その経費を按分するためのものです。

※按分表に関しては、「任意様式で作成する按分表」の他、「領収書等の写しへ直接書き込むことによって費用内訳を明確化」することも可能です。

	A	B	C
按分先事業所名→	①		
按分先事業所サービス種別→		②	

①按分先事業所名

A 欄へは、申請する事業所名を記載し、B・C 欄へは按分先の事業所名を記載してください。

②按分先事業所サービス種別

①で記載した事業所のサービス種別をプルダウンで選択してください。

①購入用品名 ②割増賃金又は手当名	①発注日	①購入先名	①購入個数 ②延べ日数(時間)	①購入単価 ②単価	計
【記載例】 N95マスク(100枚入)	2023/3/1	株式会社〇〇〇	20	4,500	90,000
【記載例】 消毒液(2リットル入り)	2023/3/29	株式会社△△△	4	2,250	9,000
【記載例】 割増賃金(10人分、単価1,000円(1時間)、延べ50時間)			50	1,000	50,000
【記載例】 〇〇手当(10人分、単価6,000円(1日)、延べ25日間)			25	6,000	150,000
					0
③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
					0
					0
				計	0

③「購入用品名」又は「割増賃金又は手当名」

「購入用品」や「割増賃金・手当」の名称を記載してください。

※「衛生用品等」の場合は、〇枚入、〇着入、〇本入 等まで記載してください。

※「割増賃金・手当」の場合は、交付人数、単価、延べ日数(時間)まで記載してください。

④発注日

購入用品の発注日を記載してください。

※「割増賃金・手当」の場合は記載不要です。



⑤購入先名

購入先の名称を記載してください。

※「割増賃金・手当」の場合は記載不要です。

⑥「購入個数」又は「延べ日数（時間）」

③欄で記載した購入用品の「個数」や割増賃金・手当の「延べ日数（時間）」を記載してください。

⑦単価（円）

③欄で記載した購入用品や割増賃金・手当の「単価」を記載してください。

⑧計

各経費についての小計が自動で表示されます。

A		B		C		確認用 (A~C合計)	
①個数 ②日数(時間)	小計	①個数 ②日数(時間)	小計	①個数 ②日数(時間)	小計	①個数 ②日数(時間)	合計
10	45,000	5	22,500	5	22,500	20	90,000
2	4,500	1	2,250	1	2,250	4	9,000
30	30,000	10	10,000	10	10,000	50	50,000
15	90,000	5	30,000	5	30,000	25	150,000
	0		0		0	0	0
⑨	0	⑨	0	⑨	0	⑩	0
	0		0		0		0
	0		0		0		0
	0		0		0		0
計	0	計	0	計	0	計	0

⑨「個数」又は「日数（時間）」

按分した事業所ごとの「個数」又は「日数（時間）」をそれぞれ記載してください。

⑩確認用

按分した事業所ごとの「個数」又は「日数（時間）」を合計した額が表示されます。

「⑥欄で入力した個数・延べ日数(時間)」及び「⑧欄で表示されている額」と一致しているか確認をしてください。

### III 参考

#### 1. 領収書等の写しの提出が必要な対象経費と必要な書類について

対象経費	提出必要書類※ <sup>1</sup>	左記書類の例	備考※ <sup>2</sup>
緊急雇用に係る費用（職員募集の広告費用）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用しようとする職員の雇用予定期間がわかるもの</li> <li>・広告掲載期間がわかるもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に掲載した広告等の写し</li> <li>・委託業者との契約書の写し又は領収書、納品書等の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内感染の終息までの期間を超えて長期間継続的に雇用する予定のものは対象とならない。</li> </ul>
職業紹介料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雇用しようとする職員の雇用予定期間がわかるもの</li> <li>・派遣の場合は、派遣期間がわかるもの</li> <li>・委託にかかる金額等がわかるもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委託業者との契約書の写し又は領収書、納品書等の写し</li> <li>・直接雇用の場合は、当該職員との雇用契約書・労働条件通知書の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内感染の終息までの期間を超えて長期間継続的に雇用する予定のものは対象とならない。</li> </ul>
介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用（業者に消毒等を依頼した場合）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消毒・消毒等の費用内訳がわかるもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書、納品書等の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・抗菌、コーティング等消毒の効果を超えるものについては対象とならない。</li> <li>・エアコン等空調機器の消毒等に係る費用は対象とならない。</li> </ul>
感染性廃棄物の処理費用（ゴミ袋等物品を購入し、自施設等で行った場合）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・購入した物品等の内訳、数量、金額がわかるもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書、納品書等の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般ゴミの廃棄にかかる費用は対象とならない。</li> <li>・ゴミ箱は対象とならない。</li> </ul>
感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・購入した衛生用品の内訳、数量、金額がわかるもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書、納品書等の写し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平時の感染防止のために、購入する衛生用品は対象とならない。</li> <li>・空気清浄機等、消耗品でないものは対象とならない。</li> </ul>
その他の経費※ <sup>3</sup>	-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書の写し等について、原則提出不要だが、必要に応じ、証拠書類の提出を求めることがある。</li> </ul>

※<sup>1</sup> 複数の介護サービス事業所・施設にまたがる経費を法人一括で費用負担等した場合の上表の対象経費については、当該対象経費の提出必要書類に介護サービス事業所・施設別の費用内訳がわかる書類を加える。（例として、事業者が任意様式で作成する按分表の他、領収書等の写しへ直接書き込むことによって費用内訳を明確化することも認める。）

※<sup>2</sup> 備考欄に記載する対象外経費は例示であるため、これ以外に県が対象外と判断し、申請書の補正等を求める場合がある。

※<sup>3</sup> 申請内容等に応じて必要な証拠書類を求める場合がある。